

.....
pieczętka placówki

.....
miejsowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane na potrzeby wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych/
w komunikowaniu się/technicznych

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole)

- 01-U (upośledzenie umysłowe)
- 02-P (choroby psychiczne)
- 03-L (choroby laryngologiczne/ słuch)
- 04-O (narząd wzroku)
- 05-R (narządy ruchu)
- 06-E (epilepsja)
- 07-S (choroby układu krążenia/ oddechowego)
- 08-T (choroby układu pokarmowego)
- 09-M (choroby układu moczowo- płciowego)
- 10-N (choroby neurologiczne)
- 11-I (inne, w tym m.in.: schorzenia endokrynologiczne, enzymatyczne, metaboliczne)
- 12-C (całościowe zaburzenia rozwojowe)

2. Zakres dysfunkcji pacjenta dotyczy (opis):

.....
.....
.....
.....

Dysfunkcja narządu ruchu	Pacjent porusza się za pomocą:	Data, pieczętka i podpis lekarza
	<input type="checkbox"/> wózka inwalidzkiego	
	<input type="checkbox"/> kul łokciowych	
	<input type="checkbox"/> balkonika	
	<input type="checkbox"/> laski	
	<input type="checkbox"/> jest osobą leżącą	
	<input type="checkbox"/> inne (jakie?)	
<input type="checkbox"/> nie dotyczy		

<p>Dysfunkcja narządu wzroku</p>	<p>Pacjent ma zwężone pole widzenia: Lewe oko: Zwężenie pola widzenia:.....stopni</p> <p>Prawe oko: Zwężenie pola widzenia.....stopni</p> <p>Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): Lewe oko: Ostrość wzroku (w korekcji):</p> <p>Prawe oko: Ostrość wzroku (w korekcji):</p> <p>Pacjent jest osobą niewidomą:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>	<p>Data, pieczętka i podpis lekarza</p>
<p>Dysfunkcja narządu słuchu</p>	<p>Ubytek słuchu: Lewe ucho: dB</p> <p>Prawe ucho: dB</p> <p>Pacjent jest osobą głuchoniemą:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>	<p>Data, pieczętka i podpis lekarza</p>
<p>Dysfunkcja narządu słuchu i wzroku</p>	<p>Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>	<p>Data, pieczętka i podpis lekarza</p>